

# 高額介護合算療養費等支給申請書 兼 自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度	令和 年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ
--------	-------	------	-------	-------	--------

※太枠線内のみ記載してください

フリガナ					生年月日			性別			計算期間の始期 及び終期			
氏 名														
国民健康保険資格情報														
保険者番号	保険者記号	被保険者番号	続柄	保険者名称		加入期間								
150037	上越		世帯主	上越市										
後期高齢者医療資格情報														
保険者番号	被保険者番号		広域連合名称				加入期間							
介護保険資格情報														
保険者番号	被保険者番号		保険者名称				加入期間							
上越市														

公金受取口座を利用する。 ※公金受取口座を登録している方に限ります。 公金受取口座の口座名義人の個人番号 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
 ※公金受取口座への振込みを希望し、上記にチェックを入れた場合は、以下の口座情報欄の記入は必要ありません。ただし、双方に記入があった場合には、以下の金融機関の口座への振込みを優先します。

振込口座を指定する。

振込口座 記入欄		銀 信 行	金 組 金 協	金融機関コード		本店 営業部 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	
								1. 普通 2. 当座		口座名義人	

保険者 加入歴	保険者名		加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号	保険者名		加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号
	1		年	月	日から		3		年	月	日から	
					日まで							日まで
	2		年	月	日から		4		年	月	日から	
					日まで						日まで	

(宛先) 上越市長  
**上記対象者について、高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給を申請します。**  
 **上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。**  
 ※自己負担額証明書の交付申請を行う場合チェックしてください。

(申請者) 令和 年 月 日

住 所			
申請者氏名			
個人番号			
電話番号			

**【委任欄】** ※申請者と別の人の口座に振込を希望する場合はご記入ください。  
 高額介護合算療養費の受領を下記の人に委任します。

(委任する人)

氏 名			
-----	--	--	--

(委任を受ける人)

住 所			
氏 名			
個人番号			
電話番号			